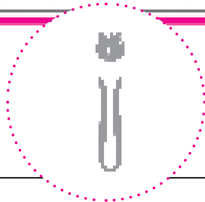


ЗДОРОВАЯ ГАЗЕТА

WWW.RECIPE.BY

№12 (196) 9 апреля 2009 г. Учредитель и издатель ИЧУП "Профессиональные издания" Основана в 2001 году Выходит еженедельно по четвергам Для работников здравоохранения

11 апреля – Всемирный день борьбы с болезнью Паркинсона



У больных болезнью Паркинсона есть свой символ – тюльпан. Голландский садовник Ван дер Вереелд, который сам болеет этой болезнью, в 1980 году вывел красно-белый тюльпан и назвал его «Доктор Джеймс Паркинсон». Этот тюльпан стал символом-логотипом организаций и групп Паркинсона во всем мире.

Болезнь Паркинсона получила свое название от фамилии английского врача Джеймса Паркинсона, который впервые подробно и полно описал ее в 1817 году. Однако известна она была и задолго до этого под названием «дрожательный паралич». Некоторые же ее проявления люди долгое время не относили к заболеваниям, считая их «естественными проявлениями старости».

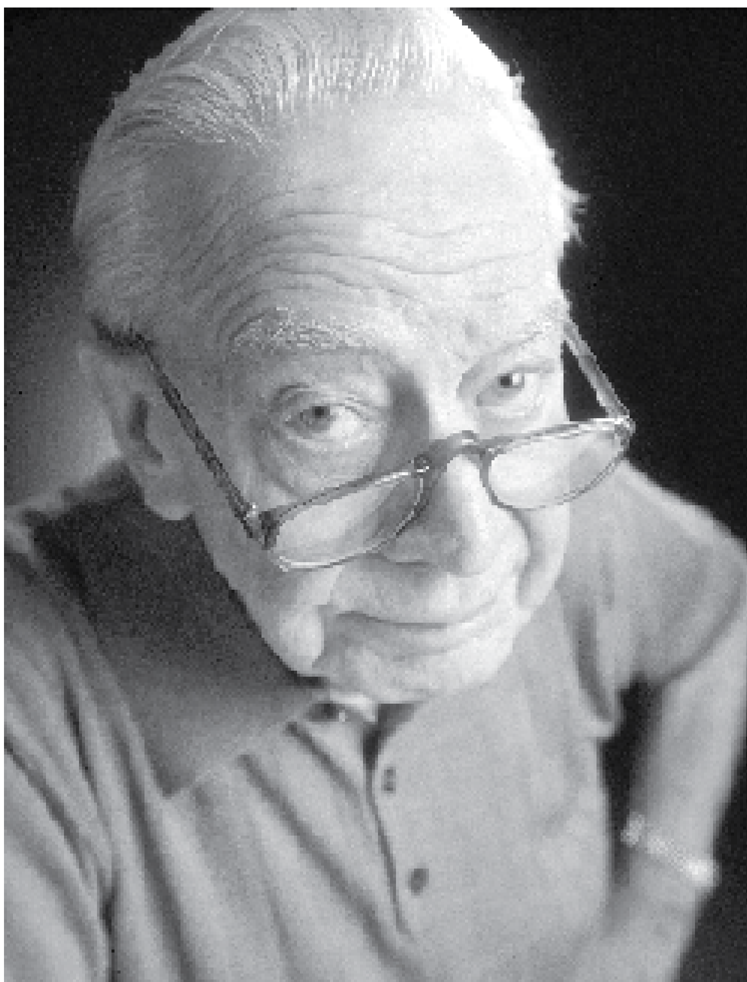
Закон Паркинсона

В этом, кстати, было определенное зерно истины. Болезнь Паркинсона, основными проявлениями которой являются нарушение контроля над движениями, замедленность и скованность при ходьбе, дрожание рук, ног и подбородка, связана с возрастом очень тесно. Обычно она возникает после 50-65 лет. Чем старше человек, тем больше он подвержен риску заболеть. Так, по статистике, среди людей старше 60 лет болезнью Паркинсона страдает каждый сотый, а среди тех, кому за 65-70 лет таких больных уже 2-3%. Медики отмечают, что количество больных этой болезнью в последние годы постоянно возрастает. Однако это свидетельствует не об увеличении опасности ее возникновения, а о росте средней продолжительности жизни населения. Существует даже теория, что паркинсонизм предопределен природой абсолютно для каждого человека, просто далеко не все успевают дожить до возраста, когда он возникнет.

Болезнь Паркинсона относится к дегенеративным заболеваниям. С точки зрения медицины, дегенерация означает увядание, постепенное разрушение и отмирание каких-либо тканей, органов или систем. В данном случае разрушительные процессы происходят в глубинных отделах головного мозга, где расположены центры, которые отвечают за контроль над движениями человека и за работу всех его мышц. Один из таких центров носит загадочное название «черная субстанция», полученное из-за содержания в нем имеющего темный цвет вещества – дофамина. Именно с его помощью передаются импульсы в центральной нервной системе, осуществляется контроль над движениями и тонусом мышц. В процессе естественного старения количество клеток, содержащих это вещество, уменьшается: каждые 10 лет жизни человека отмирают примерно 8% из них. Признаки паркинсонизма проявляются, когда «в живых» остаются всего 20% клеток, содержащих дофамин. Так что, действительно можно сказать, что он является неотъемлемым признаком старости – но очень и очень глубокой, до которой большинство людей просто не доживает. При болезни Паркинсона процесс отмирания клеток идет гораздо быстрее, и их критически малое количество остается у человека в гораздо более раннем возрасте.

Заболевание имеет наследственную природу – если близкий родственник страдает болезнью Паркинсона, то риск заболеть самому увеличивается вдвое по сравнению с другими здоровыми людьми. Однако на его возникновение могут влиять и некоторые внешние факторы.

Появление первых симптомов заболевания очень часто может оставаться незамеченным самим пациентом. Чаще всего на уменьшение выразительности лица человека, некоторую замедленность его движений, проявляющуюся при одевании, еде и ходьбе, сначала обращают внимание родственники и друзья человека. Впоследствии и сам пациент начинает замечать уменьшение ловкости рук, особенно при выполнении тонких движений. У него возникают трудности при чистке зубов, бритье, тонких манипуляциях, почерк становится неразборчивым. С течением болезни скудеет мимика человека, он реже мигает, лицо постепенно становится похожим на маску. Из-за нарушения подвижности мышц глотки глотательные движения становятся более редкими, что вызывает развитие слюнотечения.



Чтобы нейтрализовать эти симптомы и замедлить процесс развития болезни, очень важно как можно раньше начать лечение. Поэтому окружающие люди должны посоветовать человеку обратиться к невропатологу, заметив малейшие из перечисленных выше признаков.

От них также потребуется внимание к больному и терпение – важно понимать, что определенные неудобства, которые он может доставлять близким, являются следствием болезни. Вместо злобы на престарелого родственника за медлительность или невнятную речь, подумайте, как помочь ему, несмотря на болезнь, наладить полноценную жизнь.

Ведь, несмотря на все перечисленное, а также на некоторое замедление мышления и внимания, интеллект и память при этом заболевании остаются сохранными. Среди больных паркинсонизмом было много ученых, продолжавших свою научную и преподавательскую деятельность, политиков, вовсе не уходивших из-за нее с мировой арены. Страдавший этой болезнью Сальвадор Дали не только создавал удивительные произведения искусства, но и в течение многих лет являлся законодателем культурной жизни Европы. Но, пожалуй, самым ярким примером того, насколько активным и деятельным может быть человек с этой болезнью, является папа римский Иоанн Павел II, оставивший, несмотря на нее, неизгладимый след в современной истории.

Мадопар

(Леводопа + бенсеразид = 4:1)

Roche

Рег. уд. МЗ РБ № 3475/98/05 от 20.12.2005, №1488/96/2000/05 от 01.12.2005, №3476/98/06 от 31.01.2006

«Золотой стандарт» лечения Паркинсонизма


Мадопар 125 Для начальной терапии более молодых пациентов


Мадопар 125 Для быстрого действия (диспергируемый). Для удобства лечения в качестве первой утренней дозы, когда необходимо быстро улучшить состояние больного и снять проявления Паркинсонизма


Мадопар 125 ГСС Для лечения ночных проявлений Паркинсонизма


Мадопар 250 Для оптимально гибкого лечения, требующего титрации дозы

Представительство
ООО «HOFFMANN-LA ROCHE LTD»
(Швейцария) в Республике Беларусь
220141, г. Минск,
пр. Независимости, 168, корп.2, ком. 7
Тел.: +375 (17) 265 78 85 (86, 87, 88)
Факс: + 375 (17) 265 78 83
Моб.: +375 (29) 689 55 15

Сохраняя точность движений

Новости

Белорусов стало меньше еще на 16 тысяч

Численность населения Беларуси за январь – февраль 2009 года уменьшилась на 16 тыс. по сравнению с таким же периодом прошлого года. Как сообщает БелаПАН со ссылкой на пресс-службу Национального статистического комитета, на 1 марта в стране проживало 9 млн. 668,2 тыс. человек.

В Минске численность населения за два месяца увеличилась с 1 млн. 816,3 тыс. до 1 млн. 832,8 тыс. человек. В остальных регионах страны этот показатель снизился. Так, в Гомельской области на 1 марта насчитывалось 1 млн. 463,8 тыс. жителей (на 0,3% меньше), в Минской – 1 млн. 451,6 тыс. (на 0,6%), Брестской – 1 млн. 432,4 тыс. (на 0,2%), Витебской – 1 млн. 264 тыс. (на 0,6%), Могилевской – 1 млн. 121,9 тыс. (на 0,6%), Гродненской – 1 млн. 101,7 тыс. (0,35%).

За два первых месяца года в стране родилось 17 тыс. 742 ребенка (на 215 больше по сравнению с январем-февралем 2008 года), умерло – 23 тыс. 486 человек (на 296 меньше).

В этот же период в страну прибыло 3 тыс. 63 человека, уехало – 1 тыс. 58. Миграционный прирост составил 2 тыс. 5 человек.

В январе-феврале нынешнего года (по сравнению с январем-февралем прошлого) количество зарегистрированных браков увеличилось на 28,8% (до 11 тыс. 382), количество разводов сократилось на 7% (5.741).

Первый этап уникального проекта «Уход на дому» проходил в Минске

Проект реализуется в соответствии с соглашением о сотрудничестве между объединением «Социальная служба мира и взаимопонимания между народами» и приходом православного храма иконы Божией Матери «Всех скорбящих Радость», а его финансирование осуществляется Федеральным фондом «Память. Ответственность. Будущее.» из Берлина.

Его целью является повышение квалификации медработников и волонтеров, которые осуществляют уход на дому за инвалидами, престарелыми, жертвами националсоциализма.

К участию в курсах были приглашены представители православных сестричеств, волонтеры, студенты, медицинские и социальные работники, руководители медучреждений и общественных объединений.

В ходе первого этапа проекта преподаватель – руководитель службы по уходу за больными из немецкого города Аугсбург госпожа Габриэлла Реттгер делилась со слушателями курсов базовыми знаниями в области ухода за лежачими больными.

Темами занятий стали ведение документации, базовый уход, кинестетика, профилактика пролежней, опрелостей, контрактур, обработка ран, психологические аспекты ухода за лежачими больными, особенности ухода при различных заболеваниях и состояниях (перенесенный инсульт, старческая деменция, рассеянный склероз, сахарный диабет и т.п.).

Второй этап проекта, во время которого будут освещаться более специфические аспекты ухода за лежачими больными, состоится 10 – 21 июня.

Беларусь занимает третье место в СНГ по объему выпуска лекарств

Беларусь по объему выпуска лекарственных средств занимает третье место среди стран СНГ. Лидирует в этом списке Россия и Украина, сообщил заместитель министра здравоохранения Валерий Шевчук сегодня на международном симпозиуме «Фармацевтические рынки стран постсоветского пространства. Общие проблемы – общие решения», передает БЕЛТА.

Проблемы обеспеченности населения лекарственными средствами тесно взаимосвязаны с проблемами их качества, отметил замминистра. В Беларуси все лекарственные средства, поступающие в аптечную сеть, проходят обязательный государственный контроль. Так, в 2008 году проверено 112 тыс. партий лекарств, из которых только 65 были забракованы. В то же время для обеспечения качества производимых в Беларуси лекарств, а также увеличения экспорта белорусских медпрепаратов проведена сертификация отечественных фармпроизводителей на соответствие стандартам GMP. В настоящее время из 36 фармацевтических предприятий Беларуси только шесть имеют этот сертификат. Международный симпозиум «Фармацевтические рынки стран постсоветского пространства. Общие проблемы – общие решения» проводится с целью обеспечения информационного взаимодействия лиц, участвующих в обращении лекарственных средств на территории Беларуси.

Проблема и решения

Минздрав: представители некоторых профессий обязательно должны владеть навыками оказания первой медицинской помощи

Министерство здравоохранения инициирует создание нормативного документа, согласно которому представители некоторых профессий обязательно должны будут владеть навыками оказания первой медицинской помощи.

Как сообщил на пресс-конференции начальник отдела организации медицинской защиты при чрезвычайных ситуациях Министерства здравоохранения Беларуси Олег Панчук, специалистами министерства уже окончена работа по составлению перечня категорий лиц, обязанных уметь оказывать первую помощь в силу своей профессиональной принадлежности. Сейчас этот список направлен в Министерство чрезвычайных ситуаций для рассмотрения и согласования, после чего в нормативную базу должны быть внесены соответствующие изменения. Среди тех, кого они будут касаться, – представители Министерств образования, транспорта, обороны, сотрудники МЧС и МВД, ряда других ведомств и организаций. Уровень подготовки этих людей должен быть достаточно серьезным: от них будет требоваться умение определять природу травмы, останавливать кровотечение, накладывать повязки и шины, делать искусственное дыхание и даже принимать роды.

По словам Олега Панчука, в некоторых вошедших в список ведомствах, таких как Минобороны и МЧС, обучение сотрудников большинству этих навыков и на сегодняшний день поставлено достаточно неплохо. В других же, таких например, как Минобразования, сотрудники которого ежедневно работают с большим количеством детей и могут столкнуться с самыми неожиданными ситуациями, уровень владения такими навыками недостаточен.

Однако больше всего нареканий медиков по этому поводу вызывают стражи порядка, особенно те из них, кто охраняет его на дорогах. Дорожно-транспортные происшествия, к сожалению, явление очень распространенное, оно занимает лидирующие позиции в списке причин смертности белорусов. Еще большее количество людей страдает от последствий, полученных в авариях травм. Тяжесть же этих последствий, и сам вопрос спасения жизни пострадавшего, в 70-90% случаев зависят от того, насколько быстро и правильно ему была оказана первая медицинская помощь. Сотрудники ГАИ, как правило, оказываются на месте происшествия раньше работников службы скорой помощи, а нередко случается и так, что им же самим и приходится ее вызывать. Поведение людей, находящихся рядом с пострадавшим до приезда врачей иногда может решить его судьбу. Но, как пожаловался Олег Панчук, сегодня сотрудники Госавтоинспекции не имеют достаточных навыков и средств для оказания первой медицинской помощи. Ту же проблему уже поднимал перед журналистами главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Виктор Сиренко, говоря о том, что сотрудники ГАИ либо не владеют в должной степени необходимыми навыками, либо просто боятся применять их на практике. Во всяком случае, приехавшие на место ДТП работники «скорой» нередко застают их в полном бездействии. При этом представители дорожно-патрульных служб, по его словам, «без энтузиазма» относятся к возможности повышать свою грамотность в области оказания первой помощи, которую предлагает им Минздрав, организовавший в 2007 на базе Белорусской медицинской академии последипломного образования специальный учебно-тренировочный центр.

Что ж, похоже, энтузиазм скоро все-таки появится – хотя бы в приказном порядке.

Вопрос по теме

Представители каких профессий, на ваш взгляд, обязаны уметь оказывать первую помощь, и владеют ли они этими навыками в должной мере сейчас? Умеете ли вы сами оказывать первую помощь?

С такими вопросами корреспондент «ЗГ» обратился к людям с разным родом деятельности.

Марина Сергеевна, 31 год, учитель:

– У нас в университете были курсы медицины, но серьезной подготовкой к оказанию первой помощи, если честно, назвать я их не могу. Слишком бегло и поверхностно излагался материал, и, в основном, теоретически. Было несколько практических занятий, где обучали накладывать жгут или делать искусственное дыхание на манекене. Но за время занятия должна была успеть попрактиковаться вся группа, так что всем досталось нажать по разу. Думаю, мало у кого получилось правильно. Да и с нашей стороны отношение к этим курсам было несерьезное по сравнению с другими занятиями, потому что строгого спроса за успеваемость на них не было. Теперь я понимаю, что такой подход – неправильный. Я ведь, если что в классе случится, действительно вряд ли сумею толком жгут наложить. Так что я – за то, чтобы обучение учителей проводилось более серьезно и регулярно. Кстати, умение принять роды, думаю, не будет лишним с учетом того, какие нынче школьнички развитые пошли. У меня вот в классе учится беременная десятиклассница. Не дай бог – разнервничается, например, на уроке...

Геннадий Иванович, 45 лет, инженер:

– Вообще-то, я считаю, такие знания не будут лишними ни для кого. А в обязательном порядке ими должны обладать представители профессий, которые много работают с людьми. К тому списку, который вы перечислили, я бы, пожалуй, добавил продавцов, парикмахеров, работников бань – то есть мест большого скопления народа. Сам правила оказания первой помощи помню только с армии.

Анастасия, журналист, 28 лет:

– Недавно я ехала в поезде, где возникла драка. Одному из ее участников разбитым стеклом очень сильно распороло вену. Пассажиры, не зная как помочь, позвали проводника. Но единственное, на что оказалась способна пришедшая на вызов молодая женщина – это закрыть глаза и громко завизжать при виде лужи крови. К своей гордости скажу, что тогда я смогла правильно наложить жгут, сделанный из ремня одного пассажира, и остановить кровь. Помог университетский курс медподготовки, хоть он и не был у нас профильным. Неужели проводников ничему подобному не обучали?

Сергей, водитель, 37 лет:

– Кроме спасателей, пожарных и милиции, уметь оказывать первую помощь должны, на мой взгляд, абсолютно все работники транспортных служб. Водители рейсовых междугородных автобусов – в обязательном порядке. Почему-то считается, что достаточно тех знаний по оказанию первой помощи, которые человек получает, сдавая на права. Но все это быстро забывается, да и не на всех курсах дают хорошие знания – некоторые отделываются чисто формальным отношением. А ведь мало ли что может случиться с человеком в дороге. Да и водителей городских автобусов, и кондукторов стоило бы обучать. При большом количестве людей, с которым им приходится работать, риск того, что эти знания могут им понадобиться, очень велик. Сам я два раза оказывался в таких ситуациях. Один раз сумел промыть рану и наложить повязку, во втором – серьезно задумался, какой препарат из аптечки нужен. Я бы свои знания в этом плане с удовольствием обновил.

Мария, 25 лет, педиатр:

– Я бы, помимо людей из списка определенных профессий, обязательно обучала правилам оказания первой помощи – причем на очень высоком уровне – абсолютно всех людей, которые собираются стать родителями. Ввела бы такой курс вместе с курсом предродовой подготовки. Потому что с детьми это жизненно необходимо. Если бы, например, я не была медиком и не умела делать искусственное дыхание, дочь моей подруги, захлебнувшаяся водой в озере, скорее всего, просто погибла бы.

Тема номера

Паркинсон: клиническая картина



Накануне Всемирного дня борьбы с болезнью Паркинсона, который отмечается 11 апреля, «ЗГ» беседует о некоторых аспектах диагностики и лечения этой болезни с директором Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии, доктором медицинских наук, профессором Сергеем ЛИХАЧЕВЫМ.

– Сергей Алексеевич, поясните, пожалуйста, болезнь Паркинсона и паркинсонизм – это одно и то же?

– Паркинсонизм – один из наиболее частых неврологических синдромов, встречающихся в практике врача. Синдром паркинсонизма характеризуется акинезией – (гипокинезией) – нарушением динамики, в сочетании с ригидностью – чрезмерной напряженностью мышц, тремором покоя, выражающегося в дрожании рук, ног и подбородка, и постуральной неустойчивостью, которая характеризуется неустойчивостью при ходьбе, падениями.

Самой частой причиной паркинсонизма является болезнь Паркинсона. По данным клинико-патоморфологических исследований, на долю болезни Паркинсона приходится более 75% случаев синдрома паркинсонизма.

Вторичный паркинсонизм проявляется не сам по себе, а на фоне различных заболеваний и патологических состояний.

– Существует ли предрасположенность к паркинсонизму и болезни Паркинсона, и какие факторы увеличивают риск их возникновения?

– Этиология паркинсонизма до настоящего времени остается не полностью выясненной. Однако, по-видимому, в развитии болезни Паркинсона играет роль генетическая предрасположенность. Так, при семейных исследованиях положительный семейный анамнез был выявлен у 10-20% больных, а риск возникновения болезни среди родственников первой степени родства варьирует от 4 до 10%, существенно превышая популяционный уровень. Этиологическими факторами риска также считаются старение организма и негативное влияние окружающей среды: плохая экология, воздействие тяжелых металлов и отравляющих веществ, инфекции. Наиболее частые заболевания и патологические состояния, на фоне которых может возникать вторичный паркинсонизм: атеросклероз мозговых артерий, приводящий к дисциркуляторной энцефалопатии или инсультам, другие дегенеративные заболевания и наследственные болезни, перенесенный человеком энцефалит, имеющиеся у него опухоли головного мозга, перенесенные в течение жизни черепно-мозговые травмы (например, часто повторяющиеся легкие травмы у боксеров – «энцефалопатия боксеров»). Способствовать развитию болезни может также прием некоторых лекарственных препаратов, например, нейролептиков при шизофрении. Фактором риска является наркомания, и, в частности, использование эфедрона, содержащего марганцовку. Увеличивают риск развития болезни Паркинсона отравления марганцем, угарным газом, цианидами, техническим спиртом, этанолом и другими химическими веществами. Среди факторов внешней среды наибольшее внимание привлекает 1-метил-4-фенил-1,2,3,6-тетрагидропиридин, воздействие которого может вызвать синдром, клинически неотличимый от болезни Паркинсона. Большая роль в ее развитии придается марганцу, железу, алюминию, однако патогенетическое и этиологическое значение как этих металлов, так и других токсинов еще нуждается в изучении. Замечено, что люди, работающие с гербицидами и пестицидами, сильнее, чем остальные подвержены риску развития болезни Паркинсона.

– Возможно ли обнаружение симптомов паркинсонизма на самой ранней стадии? Как я понимаю, большую роль здесь играет терапевт, к которому пациент приходит в первую очередь. Что ему необходимо знать, чтобы вовремя распознать заболевание?

– Диагностика паркинсонизма в развернутой стадии, когда имеется согбенная поза, шаркающая походка, выраженная замедленность движений, характерный тремор рук по типу «счета монет», обычно не вызывает затруднений и может быть проведена на расстоянии. Однако в начальных стадиях часто встречаются диагностические трудности.

Основой алгоритма диагностики паркинсонизма является выявление его основного проявления – акинезии (гипокинезии). Данный феномен состоит из двух частей: олигокинезии, проявляющейся обеднением структуры движений, и брадикинезии, которая выражается в замедлении движений. Гипокинезией обусловлены такие проявления паркинсонизма: снижение выразительности лица (гипомимия), редкое мигание, уменьшение выразительности голоса (гипофония), изменение почерка (микрография), угнетение активных движений рук при ходьбе (ахейрокинез), затруднение вставания со стула, шаркающая походка. Распознавание гипокинезии требует определенного навыка и зачастую врачами, к сожалению, игнорируется. Среди наиболее распространенных тестов для выявления гипокинезии предлагаются следующие: проба с постукиванием пальцев (пациент быстро постукивает первым и вторым пальцами с наибольшей амплитудой движения), оценка быстрых меняющихся движений рук (пациент быстро сжимает-разжимает кисти рук, выполняет пронацию-супинацию с максимальной амплитудой), тест движений в стопе (пациент постукивает пяткой по полу с максимальной быстротой, поднимая всю стопу, амплитуда движений около 7-8 см).

Вторым кардинальным проявлением паркинсонизма является ригидность, проявляющаяся пластическим повышением мышечного тонуса. С мышечной ригидностью могут быть связаны мышечные и суставные боли, тугоподвижность в позвоночнике и суставах конечностей, в связи с чем больные могут длительное время лечиться по поводу периартроза, остеохондроза. Выявление ригидности проводится с помощью совершения пассивных движений в суставах конечностей, при этом ощущается сопротивление, которое может быть монотонным в течение всего движения (феномен «восковой куклы»), или скачкообразно меняться в связи с наложением тремора (феномен «зубчатого колеса»).

Третьим основным, но не обязательным симптомом паркинсонизма является тремор. Распознавание данного феномена обычно не вызывает затруднений. Особенностями паркинсонического тремора является его преимущественное проявление в состоянии покоя, он уменьшается при движении дрожащей конечности, но усиливается при движении других конечностей и при ходьбе.



– В каких случаях речь может идти не просто о проявлениях паркинсонизма, а именно о болезни Паркинсона?

– Установление диагноза болезни Паркинсона основывается главным образом на клинических данных. Клиническую картину болезни составляет классическая триада симптомов – акинезия (гипокинезия), мышечная ригидность и тремор покоя. Заболевание может начаться с любого из этих симптомов или их сочетания. Четвертый важнейший признак болезни Паркинсона – постуральная неустойчивость – обычно присоединяется на более поздней стадии заболевания.

В отличие от паркинсонизма другой этиологии, болезнь Паркинсона имеет ряд клинических особенностей. К ним относятся одностороннее появление симптомов паркинсонизма или их существенная асимметрия, наличие характерного тремора покоя, относительно медленное прогрессирование заболевания и значительное стойкое улучшение при лечении препаратами леводопы. Установление диагноза БП требует анамнестического и клинического исключения других возможных причин паркинсонизма. Среди инструментальных методов исследования наибольшее значение имеет нейровизуализация (компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга) для исключения нормотензивной гидроцефалии, сосудистой энцефалопатии и других очаговых поражений головного мозга, способных вызвать синдром паркинсонизма.

– В чем суть лекарственной терапии болезни Паркинсона, какие проблемы в ней существуют?

– В лекарственной терапии болезни Паркинсона выделяют два основных направления: нейропротекция, направленная на защиту нервных клеток от разрушения, и симптоматическая терапия, обеспечивающая восстановление дисбаланса нейромедиаторных систем. К сожалению, препараты с предполагаемым нейропротективным действием не проявили большой эффективности в клинических испытаниях. В связи с этим на первое место выходит симптоматическая или заместительная терапия.

Наиболее эффективным средством при ней являются препараты леводопы, которые компенсируют недостаток дофамина в головном мозге и влияют на все основные симптомы болезни. Вместе с тем леводопа не влияет на течение заболевания, а при длительном приеме происходит изменение эффекта от приема препаратов леводопы в виде появления двигательных флюктуаций и дискинезий. Вначале это состояние проявляется укорочением реакции на очередной прием лекарства в виде ухудшения состояния по утрам после ночного перерыва в приеме лекарств или при пропуске очередного приема днем. При дальнейшем ухудшении заболевания может развиться феномен «включение-выключение», который проявляется резким наступлением улучшения состояния после приема очередной дозы леводопы и, после укороченного периода «включения», быстрым прекращением эффекта. Наиболее неприятными и плохо поддающимися лечению являются застывания, при которых происходит внезапная утрата возможности движения на несколько секунд или минут, редко – дольше. Застывание чаще наступает в период действия очередной дозы препарата. Данное состояние может происходить при ходьбе, попытке встать со стула, выполнении сложного движения, волнении и испуге. Одновременно с развитием двигательных флюктуаций, течение болезни может осложняться развитием дискинезий, проявляющихся в виде непроизвольных, насильственных движений, которые могут возникать как на высоте действия дозы леводопы, так и при появлении или снижении действия препарата или при прекращении его эффекта. С целью коррекции этих осложнений можно изменить дозу, количество приемов и время приема лекарства, использовать форму выпуска лекарства, обеспечивающую более длительное действие – препараты пролонгированного действия, например, Мадопар ГСС. Можно также назначить сочетание приема препаратов леводопы с лекарствами, усиливающими или продлевающими их действие.

Назначая лечение, следует помнить, что терапия будет проводиться пожизненно. Обеспечение удовлетворительного фармакотерапевтического эффекта необходимо согласовывать с возможностью появления побочных эффектов и запасом терапевтического потенциала. Оптимальным временем для начала лечения принято считать появление нарушений, приводящих к ограничению жизнедеятельности и ухудшению качества жизни.

Адекватное лечение с использованием современных возможностей терапии, реабилитационные мероприятия позволяют значительно повысить качество жизни пациентов, сохранять их социально-бытовую активность в течение длительного времени.

Закон – то, что мы разъясняем



«Кризисное» увольнение

В связи с тем, что материально для нанимателя сокращение является крайне невыгодным и затратным вариантом, работнику следует иметь в виду, что недобросовестный наниматель может использовать какие-либо иные варианты для достижения искомой цели.

Начало в № 10(196) от 26 марта 2009г.

Одной из таких уловок является изменение существенных условий труда. Суть ее состоит в том, что наниматель в соответствии со ст. 32 ТК имеет право изменить существенные условия труда работника, однако эти изменения не должны касаться специальности, квалификации или должности, определенных в трудовом договоре. Однако такие изменения наниматель вправе произвести только в установленном законодательством порядке. Так, необходимо предупредить работника об изменении существенных условий труда в письменной форме и заблаговременно: не позднее одного месяца до наступления таких изменений.

Работник вправе отказаться от работы в связи с такими изменениями существенных условий труда и такой отказ не будет являться нарушением трудовой дисциплины. Однако такой отказ является основанием для прекращения трудовых отношений с работником (п. 5 ст. 35 ТК). Вся суть такого подхода состоит в том, что (согласно ст. 48 ТК) при прекращении трудового договора по этому основанию работникам выплачивается выходное пособие, но в размере не менее двухнедельного среднего заработка, а не компенсация плюс выходное пособие в общей сумме в размере пяти средних зарплат (как при сокращении).

Естественно, что вполне закономерно встает вопрос о том, что же считать существенными изменениями условий труда. В силу ст. 32 ТК таковыми признаются системы и размеры оплаты труда, гарантии, режим работы, разряд, наименование профессии, должности (не самой профессии и должности, а лишь их наименования, когда трудовые функции и должностные обязанности работника при этом остаются такими же), установление или отмена неполного рабочего времени, совмещение профессий и другие условия. То есть законодатель не устанавливает исчерпывающего перечня для таких изменений, оставляя и некоторое место для судейского усмотрения. Можно полагать, что таковыми условиями следует считать условия, которые настолько меняют отношения сторон, что можно было бы разумно предположить: в момент заключения трудового договора работник бы отказался от его заключения.

Особо следует оговорить, что данное основание применяется и при переходе на контракт с работником, трудовой договор с которым был заключен на неопределенный срок в соответствии с Декретом Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 г. № 29 «О дополнительных мерах по совершенствованию трудовых отношений, укреплению трудовой и исполнительской дисциплины»: если работник отказывается от перехода на контрактную форму работы, наниматель вправе его уволить по п. 5 ст. 35 ТК в связи с изменением существенных условий труда. При рассмотрении споров о правомерности прекращения трудового договора по п. 5 ст. 35 ТК судам следует выяснять, был ли соблюден нанимателем порядок перевода работника на контрактную форму найма, в том числе имелось ли письменное предупреждение о переводе на контракт; имели ли место производственные, организационные или экономические причины для изменения существенных условий труда работника; был ли представлен работнику для ознакомления проект контракта, содержатся ли в нем обязательные условия, предусмотренные Декретом № 29, другими нормативными правовыми актами; чем мотивирован отказ работника от заключения контракта.

Изменение существенных условий труда не может производиться нанимателем спонтанно и должно быть обосновано производственными, организационными или экономическими причинами. Такие причины могут выражаться, в частности, в рационализации рабочих мест, изменении техники и технологии производства, введении новых форм организации труда, совершенствовании рабочих мест на основе аттестации. Причины производственного, организационного и экономического характера, явившиеся основанием для перевода работника на контрактную форму найма, могут быть выражены также, например, в создании условий экономической заинтересованности работников в результатах труда.

Следует помнить, что при отсутствии доказательств, подтверждающих обоснованность производственных, организационных или экономических причин, увольнение работника по п.5 ст.35 ТК является незаконным.

Продолжение следует.

Антон СМИНОВ, юрист

Многим известно, что при наличии таких явных признаков неблагополучия в организме, как боль в груди, животе или необъяснимые кровотечения, то есть все основания обратиться за срочной медицинской помощью. Но есть и другие, менее очевидные симптомы, которые могут вызвать у вас сомнение в необходимости обратиться к врачу.
Вот список предупреждающих симптомов, представленных порталом NeBoley.com, заслуживающих вашего внимания. Не игнорируйте следующие 8 симптомов, даже если некоторые из них не столь очевидно тревожны. Знайте – это ваш организм информирует о своих потребностях.

8 симптомов, которые нельзя игнорировать



1. Необоснованная потеря веса.

Если вы замечаете, что теряете вес без усилий со своей стороны, обратитесь к врачу. Непреднамеренной чрезмерной потерей веса считается потеря более чем:

- 5 процентов вашего веса в течение одного месяца;
- 10 процентов веса в течение 6-12 месяцев.

Необоснованная потеря веса может быть вызвана рядом состояний, таких как сверхактивность щитовидной железы (гипотиреоз), депрессия, болезнь печени, раковые или нераковые болезни или расстройства, которые мешают вашему организму поглощать питательные вещества (синдром мальабсорбции).

2. Сохраняющаяся высокая температура.

Если у вас нормальный иммунитет, вы не проходите лечение, например, химиотерапию от рака, постоянное небольшое повышение температуры должно быть исследовано, если оно длится неделю и более. Если у вас температура с ознобом или просто высокая температура – обратитесь к врачу как можно скорее.

Постоянная температура может свидетельствовать о скрытых инфекциях – от инфекции мочевых путей до туберкулеза. В других случаях температуру вызывает такое злокачественное заболевание, как лимфома. Температуру также могут вызывать медикаменты и реакция организма на медикаменты.

Температура – это общее состояние для таких излечимых инфекций, как, например, инфекция мочевых путей. Но если небольшое повышение температуры сохраняется более двух недель, проконсультируйтесь у врача. Длительную и постоянную температуру могут вызывать некоторые формы рака, а также ее вызывают туберкулез и другие заболевания.

3. Одышка.

Одышка – исключая заложенный нос или одышку от физических упражнений – может сигнализировать о скрытых проблемах со здоровьем. Если вы чувствуете, что не можете вздохнуть, умираете без воздуха или у вас свистящее дыхание, немедленно обратитесь к врачу. Причинами одышки могут быть хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, астма, проблемы с сердцем, тревожное состояние, панические атаки, пневмония, тромб в легких (легочная эмболия), легочный фиброз и легочная гипертензия.

4. Необъяснимые изменения в функционировании кишечника.

Обратитесь к врачу, если с вашим организмом происходит следующее:

- сильный понос более двух дней;
- не очень сильный понос более недели;
- запор более двух недель;
- необъяснимая необходимость стула;
- кровавый понос;
- черный или смолистого цвета стул.

Изменения в функционировании кишечника могут свидетельствовать о бактериальных инфекциях, таких как campylobacter или сальмонелла, или о вирусной инфекции и паразитах. Среди других возможных причин могут быть воспалительные заболевания кишечника и рак толстой кишки.

5. Изменения в психике.

Оправдано немедленное медицинское обследование если у вас случается:

- внезапная или постепенная спутанность мышления;
- дезориентация;
- внезапные приступы агрессивного поведения;
- галлюцинации у тех, кто никогда их не имел.

Изменения в поведении и мышлении могут предполагать инфекции, ушибы головы, инсульт, низкий уровень сахара в крови. Могут быть также виновны лекарства, особенно те, которые вы начали принимать совсем недавно.

6. Слабая или более сильная головная боль (особенно после 50 лет).

Обратитесь к врачу, если у вас случается:

- внезапная резкая головная боль;
- головная боль, сопровождающаяся жаром, онемением затылка, сыпью, спутанностью мышления, сердечным приступом, изменением зрения, слабостью, онемением, трудностью с речью или болью при жевании;
- головная боль, связанная с ушибом головы.

Эти симптомы могут быть вызваны инсультом, воспалением кровеносных сосудов, менингитом, опухолью мозга, аневризмой или мозговым кровотечением после травмы головы.

7. Вспышки света.

Внезапные вспышки света в глазах могут свидетельствовать о начале отслоения сетчатки. Немедленная медицинская помощь поможет сохранить зрение в поврежденном глазу.

8. Ощущение сытости после того, как вы съели очень мало.

Ощущение сытости, наступающее скорее, чем обычно, тошнота и рвота, которые продолжаются больше недели, являются предупредительными сигналами организма, при возникновении которых следует провериться у врача. Этому может быть много причин, включая рак поджелудочной железы, рак желудка и рак яичников.

Punctum saliens

Вниманию специалистов

Микро-элементы	Клинические проявления дефицита или избытка минералов	Болезнь или состояние, развивающееся вследствие глубокого дефицита или избытка минералов
Zn	**Дефицит Zn.** Поражение глаз (гемералопия, синдром Бито, конъюнктивит, блефарит, кератит, кератомаляция, перфорация роговицы, эндофтальмит, слепота). Поражение кожи и ее придатков (мелкое отрубевидное шелушение, фолликулярный гиперкератоз, сухость и ломкость волос, поперечная исчерченность ногтей). Атрофия сальных и потовых желез. Поражение слизистых оболочек (стоматиты, эрозии, метаплазия эпителия бронхов, мочевых путей, половых органов). Поражение желудочно-кишечного тракта (гипоацидный гастрит, диарейный синдром). Замедление физического и интеллектуального развития.	Болезнь Прасада.
	Избыток Zn. Формирование дефицита железа и меди с анемией. Гиперхолестеринемия. Гиперурикемия. Длительный избыток Zn потенцирует канцерогенез.	Острая и хроническая интоксикация, в том числе профессиональная и ятрогенная патология. При очень высокой передозировке цинка: приступы слабости, опасность отравления (проявляет токсические свойства в дозе 150-600 мг, летальная доза – 6 г). При токсических дозировках может быть канцерогенен.
Se	**Дефицит Se**.Снижение противоинфекционного иммунитета. Повышение склонности к воспалительным заболеваниям. Кардиомиопатия. Гипотиреоз. Замедление роста. Болезни кожи, волос и ногтей. Атеросклероз. Нарушение функций печени (снижение белковосинтезирующей и дезинтоксикационной функций). Катаракта. Репродуктивная недостаточность. Патология сурфактантной системы легких. Быстрое старение организма.	Кашина-Бека болезнь. Кешана болезнь. Гланцманна-Негели болезнь.
	Избыток Se. Поражение кожи (хронические дерматиты, шелушение). Выпадение волос. Расслаивание ногтевой пластинки. Повреждение эмали зубов. Артриты. Нервные расстройства.	Острая и хроническая интоксикация, в том числе профессиональная и ятрогенная патология.
F	**Дефицит F.** Кариес. Преждевременное стирание эмали зубов. Остеопороз. Ухудшение роста тела. Ухудшение заживления ран и переломов. Усугубление атеросклероза и ишемической болезни сердца. Вторичный иммунодефицит, сопровождающийся хроническим тонзиллитом.	
	Избыток F (наблюдается при повышенном содержании фтора в питьевой воде более 1,5-5 мг/л или при применении препаратов фтора без необходимости в коррекции). Гиперпаратиреоз с уплотнением компактной части костей. У детей ранняя дифференцировка скелета; у взрослых – сочетание остеосклероза с остеопорозом и остеомаляцией. Остеохондроз и спондилез; кифоз; обызвествление связок. Желчнокаменная и мочекаменная болезни. Раннее старение. Белковая и жировая дистрофия периферических нервов, миокарда, поджелудочной железы, почек, печени, легких, половых желез, эндокринных органов, клеток центральной нервной системы. Капилляропатия кожи с пятнами Чиззола цвета от серо-коричневого до голубого. Флюороз – пятнистость эмали зубов.	Острая и хроническая интоксикация, в том числе профессиональная и ятрогенная патология. При вдыхании паров фтора: раздражение тканей носоглотки вплоть до появления точечных некрозов и носовых кровотечений: поражение стенок сосудов легких: деструкция коллагенового каркаса легких; пневмо-кониоз.
Cr	**Дефицит Cr.** Снижение толерантности к глюкозе, глюкозурия. Повышение концентрации инсулина, триглицеридов и холестерина в сыворотке крови. Увеличение количества атеросклеротических бляшек. Повышение риска развития инсульта и инфаркта миокарда.	Диабет. Ожирение. Острая и хроническая интоксикация, в том числе профессиональная и ятрогенная патология.
	Избыток Cr. Накапливается в клетках печени, селезенке, почках, костях и костном мозге, оказывая общее токсическое действие, в том числе гепатотоксическое и нефротоксическое. Снижается иммунологическая реактивность организма. Возможны канцерогенный и аллергизирующий эффекты. Поражения кожи – дерматиты, экземы, язвы. Астматические бронхиты, реже бронхиальная астма, пневмосклероз. Мутагенный эффект.	Острая и хроническая интоксикация, в том числе профессиональная и ятрогенная. Острые отравления солями хрома чреваты смертельными исходами.
Mn	**Дефицит Mn.** Хрупкость костей. Дерматиты: непереносимость сахара; инсулинорезистентный сахарный диабет. Повышение уровня холестерина сыворотки крови, жировой гепатоз. Диспепсический синдром, непереносимость алкоголя. Дегенеративные изменения в яичниках и яичках, бесплодие. Судорожный синдром у детей и эпилепсия у взрослых. У детей повышенная склонность к респираторным, пищевым, кожным аллергозам, к невротическим реакциям и судорожным явлениям.	Болезнь Ли – подострая некротизирующая энцефаломиелопатия.
	Избыток Mn. Выраженная склонность к кумуляции. Марганизм – заболевание центральной нервной системы («марганцевое сумасшествие»), импульсивное поведение, эмоциональная лабильность, галлюцинации.	Паркинсонизм. Острая и хроническая интоксикация, в том числе ятрогенная патология.
Cu	**Дефицит Cu** (при нормальном питании бывает редко). Нарушение формирования сердечно-сосудистой системы, скелета, коллагена и эластина. Мальабсорбция, диарея, диспепсические расстройства. Гипотония, астенизация, психомоторная заторможенность. Дисплазия соединительной ткани. Атрофия подкожной жировой клетчатки. Нейродегенерация с поражением мозжечка и атаксией, судорогами, деменцией, вегето-сосудистой дистонией. Бледность кожи, витилиго, ранняя седина, очаговое выпадение волос. Повышенная утомляемость, частые инфекции, остеопороз.	
	Избыток Cu. Извращение всех видов метаболизма. При незначительно повышенном (не токсичном) уровне меди существенно увеличивается вероятность развития ишемической болезни, тревожно-депрессивных синдромов и поражения печени. Существенно превышает норму уровень меди в крови у детей с тяжелыми формами детского церебрального паралича. Отмечен у людей с вырождением желтого пятна сетчатки. Причина многих случаев шизофрении, депрессии, тревожных состояний. Повышенное содержание меди в волосах может быть при патологии печени (холестаз, гепатит, цирроз печени), при наличии воспалительных заболеваний суставов, системных заболеваний соединительной ткани, при тиреотоксикозе, новообразованиях, прогрессирующем старении, при экземе, нарушениях пигментации кожи, эпилепсии, мигрени. Избыток может воз никнуть при применении контрацептивов, при передозировке медьсодержащих лекарств	Болезнь Менкеса (синдром «курчавых волос»). Болезнь Вестфаля-Вильсона-Коновалова (гепатолентикулярная дистрофия). Острая и хроническая интоксикация, в том числе ятрогенная патология.
Mo	**Дефицит Mo.** Дефицит Mo встречается исключительно редко и связан с длительным полным парентеральным питанием больного. Проявляется тахикардией, мигрирующей головной болью, выраженными психическими расстройствами.	
	Избыток Mo. Известен случай интоксикации молибденом с развитием острого психоза, галлюциноза, судорог, а также хронической интоксикации Mo с развитием шизофрении. Повышение судорожной готовности, слуховые и зрительные галлюцинации. Даже через год после отмены молибденсодержащих препаратов, назначенных вслепую, отмечаются токсическая энцефалопатия, нарушения способности к обучению, депрессивные расстройства, посттравматические стресс-индуцированные заболевания. Деформация костей, артропатия, мышечная атония, артериальная гипотония; угнетаются некоторые функции костного мозга. Подагра.	Острая и хроническая интоксикация, в том числе профессиональная и ятрогенная патология. Функциональные изменения печени, повышение содержания мочевой кислоты и самого молибдена в сыворотке крови. Полиартралгии, артрозы, гипотония, снижение гемоглобина, числа эритроцитов и лейкоцитов в периферической крови.
Ni	**Дефицит Ni** (у больных с нарушенным всасыванием из кишечника, вызванным дисбактериозом, колитом, резекцией части тонкой кишки и т. п.). Нарушения в углеводном и липидном обмене. Гиперхолестеринемия, снижение запасов гликогена, анемия, атрофия семенников, задержка развития организма. Повышается выведение организмом железа и кальция.	Атоническое маточное послеродовое кровотечение.
	Избыток Ni Кератит, кератоконъюнктивит, лейкома (бельмо) роговицы. Альвеолит, бронхиолит, коронароспазм. Дуоденит. Снижение иммунитета. Повышение риска развития рака легких и почек. Нарушение обучающих навыков, пространственной ориентации и кратковременной памяти. Усиление процессов канцерогенеза.	Канцерогенные свойства Ni^{2+} связаны со способностью замещать ионы Zn^{2+} в белках клеточных ядер и в транскрипционных факторах.
V	**Дефицит V.** Гиперхолестеринемия. Задержка натрия и воды вплоть до развития отеков. Возможна декомпенсация сахарного диабета. У женщин возможно бесплодие. Коррекция дефицита ванадия препаратами, содержащими ванадий, во время беременности не желательна, так как доказан его тератогенный, эмбриотоксический эффект. Оптимальна коррекция диетой.	
	Избыток V. Проявление или усугубление маниакально-депрессивного психоза. Повышение артериального давления. Головные боли и головокружения. Извращение иммунитета с возникновением частых инфекций. Обострение бронхиальной астмы, хронической экземы, неврита зрительного нерва.	Острая и хроническая интоксикация, в том числе ятрогенная патология (асфальт, нефть, битум содержат ванадий). Эндемичный рассеянный склероз.
Fe	**Дефицит Fe.** Гипохромная анемия. Повышенная утомляемость и легкая возбудимость, головные боли. Миоглобиндефицитная миокардиопатия. Атрофический глоссит, гингивит, хейлит, сухость слизистой оболочки полости рта и языка. Атрофический гастрит, желудочная диспепсия. Иммунодефицитные состояния.	Железодефицитная гипохромная анемия. Сидеропеническая дисфагия-синдром Пламмера-Винеона.
	Избыток Fe. Особенно чувствительна к избытку железа ткань плаценты. Токсические проявления редко проявляются у здоровых людей и обусловлены окисляющим действием элемента с вероятностью разрушения тканей. Возможны локальные гиперсидерозы легких с повторными геморрагическими инфарктами и анемией.	Гемохроматоз. Нередко развивается цирроз печени, присоединяется «бронзовый» диабет. Прогрессирующее поражение миокарда, обусловленное отложением железа в сердечной мышце. Поражения суставов, периферических нервов и эндокринной системы. Гиперсидероз может провоцироваться ятрогенно, при передозировке железосодержащих лекарств.

Создан новый метод уменьшения симптомов болезни Паркинсона

Стимуляция спинного мозга высокочастотными электрическими импульсами поможет справиться с симптомами болезни Паркинсона, считают британские исследователи из университета Дюка.

По мнению ученых, такая процедура способна заменить глубокую стимуляцию мозга – эффективную, но очень агрессивную терапию для пациентов с последней стадией заболевания. Исследователи планируют опробовать новую методику на приматах, а затем приступить к испытаниям на людях.

Болезнь провоцируется отмиранием нейронов, продуцирующих допамин, и вызывает серьезные нарушения координации движений, когнитивных функций, приводя со временем к слабоумию. На ранних стадиях пациенты могут препятствовать заболеванию, принимая леводопу, но по мере развития болезни лекарства теряют эффективность. Тогда и применяется глубокая стимуляция мозга, при которой электроды помещаются в череп для нейтрализации разрушенных нейронов.

Блокировка неправильных сигналов помогает решить проблемы некоторых пациентов, однако стимуляция спинного мозга может стать альтернативой этой процедуре. Ученые провели исследование, внедрив специальные устройства грызунам, чтобы стимулировать нервы, проводящие сигналы от органов чувств в мозг. Процедура, конечно, не избавила мышей от признаков заболевания полностью, но на 80% сократила потребность в лекарствах.

По мнению исследователей, стимуляция аксонов, связанных с мозгом, с нехваткой допамина показала у мышей больший эффект, чем внедрение электродов в мозг непосредственно, пишет medicinform.net.

А как у них?

Аптечные сети

Часть 3

Развитие аптечных сетей имеет достаточно много очевидных преимуществ в отношении отдельных аптек. Но в то же время можно говорить и о недостатках. «ЗГ» продолжает сравнивать.

Дополнительные расходы на содержание управленческого персонала, менее гибкая ассортиментная и ценовая политика, растущие накладные расходы по открытию новых точек – необходимые затраты функционирования аптечной сети. Если документооборот не компьютеризирован, то в крупной аптечной сети будут на него значительные издержки.

Следует также иметь в виду, что сетевой бизнес значительно отличается от бизнеса отдельной аптеки. Аптеки одной аптечной сети могут работать в «спальных» или «проходимых» районах. При управлении ими необходимо использовать дифференцированный подход. Для «спальных» аптек необходимо учитывать специфику социально-демографических особенностей местного населения. Для «проходимых аптек» необходимо использовать важные преимущества аптек центра города, которые для эффективной работы с посетителями нуждаются в использовании жестких сетевых стандартов ассортимента, цен, сервиса.

Независимые аптеки

Важные преимущества независимых аптек заключаются в следующем: проведение самостоятельной гибкой ценовой политики; оперативное решение вопросов расширения ассортимента лекарственных средств и других товаров, пользующихся спросом в аптеке; грамотное принятие решений о создании оптимальной структуры управления, организации работы, мотивации труда и их воплощения в жизнь.

Главным отрицательным фактором, влияющим на работу самостоятельных аптек, является недостаток финансовых средств на развитие: приобретение нового оборудования, оргтехники и программного обеспечения, расширение услуг, продвижение собственной торговой марки.

Так как в одиночку трудно развиваться, некоторые компании практикуют франчайзинг: юридически самостоятельным аптекам предоставляется право работать под известной маркой, но они обязаны соблюдать фирменный стиль, ценовую, ассортиментную и прочую политику.

Ассортимент

Важным фактором конкурентоспособности аптечной организации является наличие широкого ассортимента товаров. Ассортимент сетевых аптек формируется в зависимости от их расположения. Для «проходимых» аптек, расположенных в центре города, ассортимент ориентирован на более платежеспособного и требовательного покупателя. При этом количество ассортиментных позиций должно быть заметно выше среднегородских показателей. Для аптек, расположенных в «спальных» районах, обязательным является минимальный ассортимент из 300-500 позиций, охватывающих основные бестселлеры местного рынка. Остальной ассортимент формируется аптекой самостоятельно.

Устойчивая тенденция последних лет – увеличение доли нелекарственного ассортимента в аптеках. В условиях острой конкуренции расширение нелекарственного ассортимента помогает привлекать покупателей, позволяет получить прибыль за счет нетрадиционных товаров, благодаря особому доверию, которое покупатели испытывают к аптеке.

В аптечной сети «Лекарства Урала» (Екатеринбург, Россия) соотношение лекарственных средств и нелекарственного ассортимента составляет в процентах 66:34. По мнению маркетологов аптечной сети, для современной аптеки это соотношение может составлять 50:50. Специалисты аптечной сети «Ваше здоровье» (Республика Башкортостан) считают, что доля нелекарственного ассортимента должна составлять 60% и более.

В аптеках сети «Лекарства Урала» организованы отделы ортопедии. В них представлены такие товары, как пояса, корсеты, наколенники, налокотники, реклинаторы (лечебно-бандажные изделия для детей), компрессионный трикотаж. Аптеки предлагают покупателям минеральную и чистую питьевую воду. Огромным спросом пользуется медицинская техника, особенно аппараты для измерения давления, массажеры, тренажеры, электронные термометры, глюкометры, весы с анализатором жира, термометры со светодиодным и антибактериальным эффектом, ингаляторы, небулайзеры (ингаляторы с распылительным эффектом).

В американских аптеках покупатель может совместить покупку лекарственного средства с приобретением других необходимых вещей для себя, семьи и дома. Система розничной реализации в аптечных сетях направлена на покупателя. Поэтому, кроме лекарственных средств и изделий медицинского назначения, во многих аптеках можно приобрести товары для животных (корм и средства по уходу за шерстью), продукты питания (воду, молоко, яйца, масло, соки, замороженную пиццу), канцелярские товары, товары для дома, одежду, косметику.

В аптеках Республики Беларусь, кроме лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, разрешена реализация других товаров аптечного ассортимента в соответствии с «Санитарными правилами и нормами устройства, оборудования и содержания аптек». Это предметы детского обихода, включая предметы личной гигиены для новорожденных и детей, косметическая продукция, биологически активные добавки к пище, пищевые добавки, включая подсластители, минеральные воды и детское питание, средства личной гигиены, средства дезинфекции и дезинсекции.

Кугач В. В.,
Пахомов В.В.
ВГМУ, Витебск

Психотерапия на дому

Антиматеринский инстинкт

Молодая замужняя женщина, счастливая в браке, традиционно воспринимается обществом как готовая к деторождению особь. Но в душевной природе человека, как известно, не все так просто, и даже такая, казалось бы, незыблемая эмоция, как желание быть матерью, у некоторых женщин не встречается в «чистом» виде. Как всегда на помощь приходит эксперт «ЗГ» психолог Минского городского психоневрологического диспансера Ольга ПРИЛИЩ.

«… Я уже более 5 лет счастливая жена. У нас хорошие отношения с мужем, мы не стеснены в средствах, да и возраст (мне – 27 лет, мужу – 30) настоятельно подсказывает, что давно уже пора обзаводиться детьми. Но любая попытка подумать на эту тему расстраивает меня. Проблема в том, что, как мне кажется, я совершенно не готова добровольно стать матерью. Малыши в колясках меня раздражают, ничего похожего на умиление я не испытываю при виде заботливых мамаш и их потомства. Пример семьи не объясняет такого странного отношения к детям – у меня прекрасные отношения с родителями и мое детство я с полной уверенностью могу назвать счастливым. Мои близкие считают, что такой антиматеринский инстинкт – это ненормально. Так ли это? Алла, 27 лет. Минск»

На мой взгляд, Алла, термин «антиматеринский инстинкт» не совсем корректен по отношению к вашей точке зрения на материнство. Да, возможно, вы отличаетесь от большинства других женщин, которые считают своей первоочередной целью в жизни – стать матерью, особенно если эта цель «навязана» ожиданиями общества (например, молодая семья должна иметь детей и чем раньше, тем лучше). Но помните, что это ваша жизнь и только вам с мужем решать, когда стать родителями. На мой взгляд, для принятия такого решения «хорошие отношения с мужем» и материальное благополучие, а тем более возраст не являются первоочередными показателями готовности стать родителями.

Впрочем, «прекрасные отношения с родителями» и «счастливое детство» не в полной мере определят готовность родить ребенка. С другой стороны, одной из целей создания семьи является желание продлить род, и природой эта функция дана именно женщине. Но здесь все очень индивидуально. И, на мой взгляд, готовность быть матерью – вопрос очень многогранный. Что для вас означает зачать ребенка? Какой смысл для вас лично имеет беременность и вынашивание плода? А сам процесс родов и рождение малыша? А его развитие и ваше материнское воспитание? Что вас пугает и что воодушевляет при мысли о материнстве? Важным аспектом в исследовании вашего отношения к материнству является и мнение вашего мужа: желает ли он стать отцом и как себе представляет весь этот процесс? Ответы на эти вопросы могут натолкнуть вас на причины вашей «неготовности» стать матерью. Но еще задумайтесь: через какие стороны своей личности женщина может реализоваться, дав начало новой жизни?

Пожалуйста, обязательно помните: решение остается лично за вами и вашим мужем.

Подготовила Анна ФИЛИППОВА

Оказывается!

Ученые нашли связь между временем зачатия ребенка и риском врожденных дефектов

Эксперты нашли связь между временем зачатия детей и вероятностью врожденных дефектов у ребенка: специалисты Университета Индианы зафиксировали, что показатели дефектов развития у новорожденных в Америке самые высокие весной и летом. Предполагается, что именно в эти сезоны в поверхностных водах на территории страны содержатся концентрации пестицидов выше нормы.

Шестилетний обзор включал обследование свыше 30 млн. младенцев, в результате которого была установлена сильная ассоциация между ростом числа врожденных пороков у детей, которые были зачаты в апреле-июле. В эти же месяцы зарегистрировано завышенное содержание нитратов, атразина и других пестицидов в питьевой воде. Многие из этих химических веществ подозреваются в нанесении вреда развитию эмбриона и запрещены в европейских странах, однако в США такие химикаты разрешены.

Корреляция между месяцем зачатия ребенка и высокими показателями проблем с детским здоровьем была статистически значимая для половины из 22 категорий врожденных дефектов, в том числе синдром Дауна, расщепление позвоночника, наличие заячьей губы и косолапость, говорят педиатры.

Повышенные концентрации пестицидов и других агрохимикатов в поверхностных водах с апреля по июль совпало со значительно более высоким риском врожденных дефектов. Неблагоприятные сезонные колебания содержания в воде опасных химикатов отрицательно сказываются на детском здоровье, поэтому правительство должно обратить пристальное внимание на данную проблему, настаивают американские медики. Врожденные дефекты затрагивают приблизительно каждого третьего из ста новорожденных в США и являются одной из главных причин младенческой смертности, сообщает Ami-tass.ru.

Биографии

Гран-при для фармацевтов

Этот античный медик и естествоиспытатель, философ и придворный лекарь римских императоров, оставил потомкам более 300 трудов по философии, медицине, фармакологии, которыми пользовались в неизмененном виде почти полторы тысячи лет, до позднего средневековья. Имя его Гален.



Клавдий Гален жил и творил во второй половине II века нашей эры. Согласно легенде, юный Гален увидел во сне Асклепия – древнегреческого бога медицины. Бог повелел ему лечить людей, и это видение вдохновляло и направляло его в течение всей жизни.

Начинал Гален хирургом в школе гладиаторов, где у 17-летнего врача всегда было огромное количество пациентов для изучения экспериментальных методов лечения и тел для анатомирования; также школа позволяла проводить эксперименты на животных.

Гален часто брался лечить безнадежных больных, от которых отказывались другие врачи. Удача сопутствовала ему, репутация крепла, а слава бежала впереди, и вскоре Гален стал лекарем при императорском дворе. У медика появились богатые и знаменитые пациенты, в том числе император Марк Аврелий и его сын Коммод. Обязанности при дворе много времени не отнимали, и Гален мог спокойно заниматься наукой: писать, работать с учениками, проводить эксперименты и вскрытия.

К сожалению, большинство произведений той эпохи были утрачены, и оценить труды Галена мы можем только по почти современному изданию – 22-томнику К. Кюна, вышедшему в 1821-1833гг. В собрание входят 122 работы, часть из которых дошли до нас лишь в арабских переводах. Важнейшими среди них являются: «О назначении частей человеческого тела», «Об анатомии...», «Терапевтические методы», «О больных частях тела», «О составе лекарств...» и др.

Как на Востоке, так и на Западе Клавдий Гален считался непререкаемым авторитетом вплоть до XVI-XVII веков, и, вне всякого сомнения, его труды повлияли на развитие и становление медицины как науки. Многими терминами, введенными Галеном, медики пользуются по сей день.

Наибольший вклад Гален внес в такие отрасли медицины, как анатомия и физиология человека. Вдумайтесь: почти две тысячи лет назад он уже определил мозг как центр психической деятельности человека, а также орган, ответственный за движение; ставя эксперименты на свиньях, открыл функции нервов, контролирующих голос.

Гален создал первую в истории физиологии теорию кровообращения, просуществовавшую практически без изменений до середины 16 века. Также он систематизировал представления античной медицины в виде единого учения, долгое время являвшегося теоретической основой медицины. Впоследствии это направление медицины назвали галенизмом.

Замечательны по своему содержанию труды Галена по фармакологии. Он оставил подробные описания 473 лекарственных средств и множества субстанций минерального и растительного происхождения. Лекарства, изготовляемые путем обработки растительного или животного сырья и извлечения из него действующих веществ, до сих пор официально называют галеновыми препаратами. В настоящее время к ним относят всевозможные настойки и экстракты, линименты, сиропы и воды, масла и спирты, мыла, пластыри и горчичники.

Клавдий Гален обучил за свою жизнь множество учеников, но из-за наступившей в Риме смуты его работа в области экспериментальной физиологии не получила продолжения. С его смертью развитие анатомии человека как науки остановилось, по крайней мере, на 1300 лет, и неудивительно: римская империя потеряла свое могущество, а во времена средневековья вскрытия не одобрялись католической церковью.

Имя Клавдий Гален не забыто и сегодня. В 1970г. французский фармацевт Роланд Мель учредил премию Галена, часто называемую Нобелевской премией в сфере прикладных медицинских исследований. Награда присуждается за разработку и выпуск на рынок продуктов, развивающих мировое здравоохранение.

Важность премии Галена для мирового фармацевтического рынка привела к созданию таких же наград в Бельгии, Германии, Великобритании, Канаде и т.д. Таким образом, премия быстро вышла за пределы Франции, а с 1996г. официально стала высшей международной наградой в области фармацевтики. Сегодня в этой призовой программе принимают участие 11 стран Европы и Америки. В состав жюри входят известные врачи, фармакологи, токсикологи и провизоры.

Уютный дом

Весеннее обновление

Весна – пора перемен не только для садовых, но и для комнатных растений – период оживления, роста и цветения. А для их хозяев – период забот и хлопот, потому что именно сейчас – самое время побольше поухаживать за своими зелеными питомцами.

При пересадке нужно соблюдать несколько простых правил:

1. Новый горшок должен быть всего на несколько сантиметров больше земляного кома. Мнение о том, что чем больше горшок, тем лучше растение будет развиваться, ошибочно. На самом деле работает только та часть почвы, которая активно пронизана корнями, остальной объем закисает, здесь образуется большое количество болезнетворных бактерий, отрицательно влияющих на развитие растений. В идеале между земляным комом и стенками нового горшка должно быть расстояние, равное двум пальцам (по ширине).

2. За месяц до пересадки растение нужно подкормить раствором мочевины, так как после пересадки это можно будет сделать не раньше чем через 2–3 недели и растения могут голодать.

3. За день до пересадки комнатные цветы обильно поливают. У некоторых растений в процессе роста образуется большая масса корней, которые словно войлоком оплетают земляной ком (аспарагусы, хлорофитум). В этом случае нужно обрезать часть корней снизу, а при необходимости и с боков.

Если растения сильно разрослись, именно весной самое время заняться их делением. Каждую деленку высаживают в отдельный горшок, соблюдая все вышеперечисленные правила. В первое время после пересадки растения рекомендуется чаще опрыскивать (отстоянной водой), а один раз в 7–10 дней дополнительно опрыскивать «Эпином», повышая их устойчивость.

Чтобы придать комнатным цветам определенную форму и регулировать их рост, побеги обрезают и прищипывают. И лучше всего это сделать опять-таки в апреле–мае, так как рост новых побегов придется на увеличивающийся световой день. Можно, кстати, проводить не только формирующую обрезку, но и санитарную, удаляя все старые, поврежденные побеги. Обязательное правило – обрезку проводят на почку, направленную наружу.

Если нужно омолодить растение (например, фикус, который в течение нескольких лет рос в один стебель), то его обрезают довольно сильно, удаляя большую часть побегов. Также поступают и с перезимовавшими пеларгониями, фуксиями, комнатными розами. На каждом побеге оставляют не более 3–5 почек. Весной сильно обрезают и многие ампельные растения (плющи, филодендроны, сингониумы, традесканции), у которых зимой из-за недостатка света формируются слабые побеги. Их стараются обрезать на так называемый «прошлогодний прирост», то есть над листьями, сформировавшимися в конце лета прошлого года. После этого, как правило, формируются сильные побеги, составляющие скелет растения. Обрезать надо острым ножом или секатором.

Побеги растений с небольшим приростом, а также побеги отдельных видов, которым нужно придать определенную форму, прищипывают. В этом случае удаляется только верхушка. Прищипывают обычно вручную, в течение всего активного периода роста, то есть с апреля до конца июля. Позднее этого делать не стоит, так как молодые побеги будут формироваться при убывающем световом дне и это отрицательно скажется на их качестве.

С наступлением весны пробуждаются не только растения, но и различные вредители растений. Не забывайте почаще осматривать листья на предмет наличия вредителей – их желательно выявить как можно раньше!



Оказывается!

Мозг формирует первое впечатление о новых знакомых за несколько секунд

Неврологи из Нью-Йоркского и Гарвардского университетов определили нейронные системы, участвующие в формировании первого впечатления об окружающих.

Выводы, сделанные в результате исследования, помогают понять, как наш мозг кодирует социальную информацию и таким образом оценивает ее при принятии первоначальных решений.

Первое впечатление при новых знакомствах или ежедневных мимолетных встречах является сложным и неоднозначным социальным взаимодействием – замечено, что порой люди составляют личное мнение о незнакомце меньше, чем за полминуты. Специалисты попытались рассмотреть механизмы работы мозга, на которых основывается это мнение сразу после нового знакомства.

Чтобы изучить процесс формирования первого впечатления, ученые наблюдали мозговую деятельность участников эксперимента, которым предлагалось составить свое мнение о 20 вымышленных личностях с помощью фотографий и описания различных черт их характера – как отрицательных, так и положительных. Используя функциональную магнитно-резонансную томографию было зафиксировано, что в течение периода оценки незнакомого человека в головном мозге происходит значительная активность двух областей при кодировании соответствующей информации. Во-первых, усиленно работала мозжечковая миндалина, небольшая структура средней височной доли, которая отвечает за эмоции и социальную оценку, основанную на доверии. Во-вторых, активировалась кора задней поясной извилины, связанной с процессом принятия экономических решений и распределения чувства вознаграждения. Именно благодаря работе этих двух регионов мозг обрабатывает социальную информацию и формирует нашу личную субъективную оценку окружающим, сообщает Ami-tass.ru

Внимание! Конкурс!

«Моя профессия. Фотовзгляд».

БОС на работе.

Быстрые ноги.
Огромная любовь к работе.
Сильные руки.

Автор:
Ольга ХАМРИТЕЛЕВА,
Старшая
медицинская сестра
Могилевской
городской больницы
скорой медицинской помощи



К участию в конкурсе приглашаются фармацевты и врачи Республики Беларусь и фотографы-любители. Для участия необходимо выслать на адрес редакции «Здоровой газеты» фотоснимок, отображающий наиболее яркие моменты профессиональных будней работника здравоохранения.

К фотоснимку необходимо приложить:

- ФИО автора работы, телефон, адрес;
- название работы;
- название учреждения, где был сделан снимок.

Снимки для конкурса могут быть выполнены в разных жанрах. Основной критерий оценки – наличие сюжета и эмоциональное содержание фотографии.

Авторы присланных работ получат подарки. Жюри по итогам конкурса определит лучшую работу, автор которой будет награжден ценным призом.

Предоставляемые для конкурса работы будут размещены на сайте «Здоровой газеты» www.recipe.by

Начало конкурса: «ЗГ» №8 2009г. **Подведение итогов:** «ЗГ» №16 2009г.

Место проведения: г. Минск, ул. Чернышевского, 10а, оф.805 (редакция «Здоровой газеты»)

Свидетельство о государственной регистрации правил проведения рекламной игры № 1347 от 06.03.2009 г., выдано Министерством торговли РБ.

Roche

КСЕНИКАЛ®

ИСКУССТВО ПРАВИЛЬНО ХУДЕТЬ

WWW.SLIM.RU

КСЕНИКАЛ – эффективно уменьшает массу тела и препятствует ее повторной прибавке

КСЕНИКАЛ – значительно улучшает липидный профиль сыворотки крови

КСЕНИКАЛ – препятствует развитию или замедляет прогрессирование сахарного диабета 2 типа у лиц с ожирением



***

Улыбайтесь: это заставляет людей ломать голову над тем, что же у вас на уме.

***

Все девушки по своей сути ангелы, но когда им ломают крылья, то приходится пересаживаться на метлы.

***

Минские стритрейсеры выиграли суд в ГАИ, они доказали что на скорости 230км/ч невозможно разглядеть знак 40.

***

Народная примета: если свет выключается со звуком «э», значит, в туалете кто-то есть.

***

В каждой больнице есть два вида пациентов: одни серьезно больны, другие жалуются на питание.

***

И добро победит зло, если разозлится.

***

– У кого товар дешевле, у производителя или у дилера?

– У сторожа.

***

При тестировании вибраторов оценка "удовлетворительно" считается лучше чем "хорошо".

***

Что такое техника третьего поколения? Это техника, на которую копили деньги два предыдущих поколения.

***

– Как у вас с аппетитом?

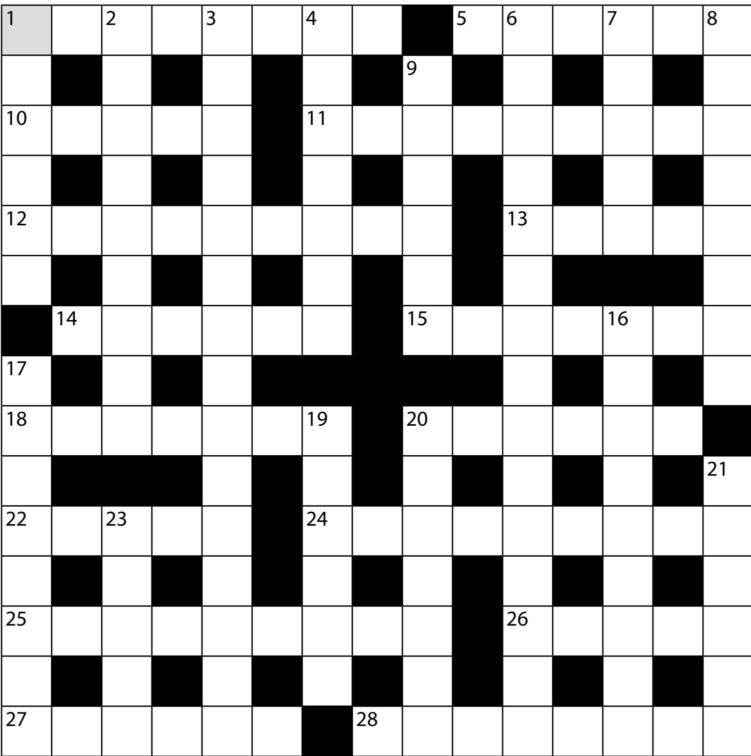
– То есть, то нет.

– А когда его нет?

– Ну, когда плотно поем.

itv

наш партнер



По горизонтали: **1.** Война, включающая военные действия на одном театре. **5.** Одна из древнейших форм книги. **10.** Английский драматург, автор комедии «Милый лжец». **11.** Старинная русская черная книга примет. **12.** Вещество, позволяющее следить за состоянием среды или за протеканием реакции. **13.** Из него сделан «стойкий» солдатик. **14.** Мужская рубашка. **15.** Российский футбольный клуб. **18.** Часть земельной площади. **20.** Построение в шеренге по росту. **22.** Город в Эстонии. **24.** Служитель культа, с которого снят духовный сан. **25.** Кухонная принадлежность. **26.** Законченный оборот речи. **27.** Природная зона субарктики. **28.** Печатная форма, служащая для нанесения оттиска почтового адреса на журналах.

По вертикали: **1.** Сильный наркотик. **2.** Драма с острой интригой. **3.** Строитель и проектировщик самолетов. **4.** Областной центр на юге Сибири. **6.** Приставка к телевизору для записи и воспроизведения фильмов. **7.** Хлопчатобумажная, шерстяная ткань. **8.** Подсобное помещение в квартире. **9.** Место для хора в христианском храме. **16.** Гибрид пшеницы и ржи. **17.** Структурная составляющая стали и чугуна. **19.** Город в Пакистане. **20.** Залежалый товар, остатки. **21.** Сказочник (др.рус.). **23.** Острый кол, как холодное оружие.

ОДО "ДКМ-ФАРМ"

для работы в аптеках г. Минска (ул. В. Хоружей, ул. Кольцова) г. Солигорска (пр-т Мира)

ТРЕБУЮТСЯ:

провизоры и фармацевты с категорией и без категории

Полная занятость, высокая заработная плата, социальные гарантии



8 029 623 71 67 Александр | **8 029 689 20 07 Игорь** | **e-mail: dkmf2@solo.by**

Главный редактор
Людмила ЕВТУШЕНКО

№ 12 (196)
9 апреля 2009 г.
Выходит четыре раза в месяц.
Газета зарегистрирована в Министерстве информации Республики Беларусь.
Свидетельство о регистрации № 1605.
Учредитель и издатель ИЧУП «Профессиональные издания»

Зам. главного редактора
Валентина ГЛУШУК

Корреспондент
Анастасия ДОРОФЕЕВА

Специалист отдела рекламы
Ольга ЖАРКОВА

Дизайн и верстка
Сергей КАУЛЬКИН

Адрес редакции:
220023, г. Минск,
ул.Чернышевского, 10-а, офис 805

Тел./факс:
+375 (17) 280-01-12,
287 38 30, 280-32-88, 280-88-09;
+375 (29) 3-499-732
ro@recipe.by
http://www.recipe.by

Перепечатка допускается только с разрешения редакции. Мнения авторов публикуемых материалов могут не совпадать с мнением редакции.
В газете используются собственная информация, ресурсы Интернет.

Ответственность за информативное содержание рекламы несут рекламодатели.

Подписано в печать
03.04.2009 г.

Отпечатано в типографии
ОДО «Знамение»
(лиц. № 02330/0150475
от 25.02.2009 г.)
220108, г. Минск,
ул.Корженевского, 14

Подписные индексы:
63422 – индивидуальный
634222 – ведомственный

Объем издания – 2 печатных листа.
«Профессиональные издания» ©
Дизайн макета и оформление – «Профессиональные издания».
Цена номера – свободная

Тираж – 4 800 экз.
Заказ №312

